

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Медведев М.Н., Голубцов В.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В настоящее время существует несколько классификаций опухолей ЦНС. Однако в практической деятельности наиболее широкое применение находит «Гистологическая классификация опухолей ЦНС» (ВОЗ, 1993 год). Она разработана на основе результатов многочисленных сравнительных клинико-морфологических и молекулярно-биологических исследований и отражает современные представления нейроонкоморфологии. Изложенные в ней диагностические критерии типирования гистологических форм и степени злокачественности опухолей ЦНС получили всеобщее признание. Классификация построена по гисто- и цитогенетическому принципу. Вместе с тем, многие аспекты происхождения опухолей ЦНС остаются спорными и не совсем ясными.

Все опухоли и опухолеподобные процессы ЦНС разделены на 10 групп:

1. Нейроэпителиальные опухоли;
2. Опухоли черепных и спинномозговых нервов;
3. Менингососудистые опухоли (включая менинготелиальные и мезенхимальные неменинготелиальные, первичные меланоцитарные и опухоли неизвестного гистогенеза);
4. Лимфомы и гемопозитические опухоли;
5. Герминоклеточные опухоли;
6. Кисты и опухолеподобные процессы;
7. Опухоли sellarной области;
8. Вторичные опухоли;
9. Метастатические опухоли;
10. Неклассифицированные опухоли.

В сравнении с предыдущей гистологической классификацией ВОЗ (1979 год) изменен состав некоторых подгрупп нейроэпителиальных и менингососудистых опухолей. Появились новые гистологические формы: дисэмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль; центральная нейрочитомы; плеоморфная ксантоастроцитомы; десмопластическая инфантильная ганглиоглиомы; атипичная, светлоклеточная, хордоидная, микрокистозная и метастатическая менингиомы; папиллярная краниофарингиомы; светлоклеточная эпендимома и примитивные нейроэктодермальные опухоли. Однако в данной классификации отсутствует ряд опухолей, описанных в последние годы (крупноклеточная медуллобластома и первичная атипичная тератоидная/рабдоидная опухоль ЦНС).

Кроме того, по степени злокачественности все опухоли в классификации разделены на четыре категории: «доброкачественная», II - «полудоброкачественная», III - «относительнозлокачественная», IV - «высокозлокачественная». Такое разделение основано на выявлении определенных гистологических признаков и на ретроспективном анализе биологического поведения конкретных гистологических форм новообразований. Каждой нозологической форме соответствует своя степень злокачественности. Следовательно, диагностические критерии одновременно являются и градационными.

Гистологическое определение степени злокачественности опухолей ЦНС базируется на выявлении следующих основных *патоморфологических признаков анаплазии*: ядерная атипия, митозы, сосудистая (эндотелиальная) пролиферация и некрозы. К признакам анаплазии можно отнести также увеличение клеточной плотности опухоле-

вой ткани, однако этот признак не имеет самостоятельного значения и должен сочетаться с вышеуказанными изменениями.

При отсутствии всех перечисленных признаков опухоль относится к I степени злокачественности, при наличии одного признака (обычно ядерная атипия) - к II, двух признаков (ядерная атипия и митозы) - к III, трех и четырех - к IV степени. Однако эта гистологическая система градации применима почти исключительно только к астроцитарным опухолям и то не ко всем. С помощью ее разграничивают новообразования, которые могут являться морфологическим отображением этапов опухолевой прогрессии: диффузно-инфильтративные астроцитомы (фибрилярная, протоплазматическая, гемистоцитарная) - (I) и II степень, анапластическая астроцитома - III степень, глиобластома - IV степень. Градация остальных форм астроцитарных опухолей (пилоцитарная астроцитома, плеоморфная ксантоастроцитома, субэпендимарная гигангоклеточная астроцитома), а также других нейроэпителиальных и менингиоэпителиальных новообразований основана преимущественно на ретроспективном клинико-морфологическом анализе их биологического поведения. Однако обнаруженные в этих опухолях митозы (особенно атипичные) также рассматриваются как один из основных признаков злокачественности.

Следует помнить, что отдельные признаки опухолевого процесса, которые обычно считаются злокачественными в новообразованиях других локализаций, не являются таковыми в опухолях ЦНС. Так, например, для многих астроцитом и менингиом типичен инвазивный рост в окружающую мозговую ткань и оболочки, что само по себе не считается свидетельством их малигнизации. В нейроэпителиальных новообразованиях часто обнаруживается ядерный полиморфизм, но при отсутствии митозов это не рассматривается как признак злокачественности. В то же время, если в астроцитоме даже типичные единичные митозы указывают на опухолевую прогрессию, то в эпендимомах допускается умеренная митотическая активность и их переход в анапластические формы устанавливается при выявлении большого количества митозов, включая атипичные.

Между гистологическими признаками и биологическим поведением опухолей ЦНС могут возникать определенные несоответствия. Наиболее ярко это проявляется в ряде случаев хорошо дифференцированных менингиом, которые могут расти инвазивно в окружающие ткани (кости черепа и мозг) и даже метастазировать во внутренние органы. При этом в первичном очаге не определяются признаки атипии.

Таким образом, при постановке диагноза и определении степени злокачественности необходимо учитывать индивидуальные особенно-

сти каждой конкретной опухоли ЦНС, что не всегда удается в полной мере при использовании существующих методов исследования. Практика показала, что на основании только гистологических признаков данных новообразований можно лишь приблизительно судить об их биологическом поведении. Поэтому в настоящее время идет активная разработка новых подходов в определении прогноза заболевания и степени злокачественности с учетом результатов молекулярно-биологических исследований, выявления пролиферативных маркеров и факторов роста.